

*Pregledni članak  
Review article*

ISSN 1846-1867

# **Kirurško zdravljenje bolnikov z vnetnimi revmatskimi obolenji**

**Anton TOMAŽIČ**

*Ortopedska klinika*

*Klinični center Ljubljana, Slovenija*

*Primljeno / Received : 2007-10-22; Prihvačeno / Accepted: 2007-10-22*

## **Povzetek**

Operativno zdravljenje je del celotnega zdravljenja bolnikov z revmatoidnim artritisom, ki je sicer predvsem konservativno. V prispevku so opisane vrste najpogostejše izvajanih operacij pri teh bolnikih

**Ključne riječi:** revmatoidni artritis, sinovektomija, artroplastika

## **Surgical treatment in patients with inflammatory rheumatic diseases**

**Anton TOMAŽIČ**

*Clinic for Orthopedic Surgery*

*Clinical Center Ljubljana, Slovenia*

## **Summary**

Surgical treatment is a part of whole treatment of patients with rheumatoid arthritis which is predominantly conservative. The purposes and types of most common operations in these patients are described

**Key words:** rheumatoid arthritis, synovectomy, arthroplasty

## **Uvod**

V zadnjih desetletjih je kirurško zdravljenje pomemben del obravnave bolnikov z vnetnimi revmatskimi obolenji, predvsem revmatoidnega artritisa

(RA). Kirurška intervencija je potrebna, ko so izčrpane možnosti, da bi s konservativnim zdravljenjem učinkovito zavrli bolezenski proces. Absolutna indikacija je podana, ko grozi ali pa je že prisotno pretrganje tetive, kompresija živca, subluksacija vratne hrbtenice z nevrološkimi izpadi ali pa ekstremne deformacije, ki onemogočajo osnovno nego. Kontraindikacije za večje posege pa so hujša obolenja srčno-žilnega sistema, hude bolezni dihalnih organov, visoka starost in huda prizadetost bolnika ter stanja, kjer pričakujemo, da bolnik pri zdravljenju ne bo sodeloval (1).

V začetku bolezni izvajamo preventivno – kurativne operacije. Od teh je najbolj pogosta sinovektomija sklepa ali tetivne ovojnice. S čimbolj radikalno odstranitvijo sinovialne ovojnice odstranimo izvor okvare in preprečimo napredovanje destruktivnega procesa. Bolečine se zmanjšajo, funkcija se izboljša in ravno tako videz operiranega sklepa. Uspešna je predvsem zgodnja sinovektomija, ko še ni okvare hrustanca v sklepu. Rekonstruktivne posege izvajamo takrat, ko je sklep nepopravljivo okvarjen. Za ponovno oblikovanje sklepa lahko uporabljamo avtogene tkiva (resekcijske artroplastike) ali pa aloimplante (delne ali popolne endoproteze). Kombinirane posege izvajamo, ko je sklep že delno okvarjen, vendar pa skušamo zavreti nadaljnjo destrukcijo ter popraviti nepravilno obremenitev in deformacijo. Tak poseg je npr. korektivna osteotomija, ki ji lahko pridružimo še sinovektomijo (1).

## **Operacije hrbtenice**

Revmatoidni artritis (RA) povzroča okvaro vezi, malih sklepov pa tudi kosti vratne hrbtenice. Zato prihaja do nestabilnosti in subluksacij predvsem v zgornjem delu vratne hrbtenice. V atlantoaksialnem sklepu pride najpogosteje do premika naprej. Vertikalna subluksacija (bazilarna impresija) nastane pri izgubi kostnine med prvim in drugim vratnim vretencem oz. atlanto-okcipitalno, kar privede do protruzije densa v foramen magnum. Okvare malih sklepov in interspinoznih ligamentov povzročajo subluksacije subaksialno in navadno prizadenejo več segmentov (2).

Eden začetnih kliničnih znakov je bolečina v vratu in zatilju. Pojavljajo se tudi razne nevrološke motnje zaradi pritiska na hrbtenjačo (mielopatija). Poleg funkcionalnih RTG posnetkov nam je v veliko pomoč magnetorezonančna (MR) preiskava, ki pokaže kraniomedularni prehod in vratni del hrbtenjače. Operacija je potrebna, če znaša premer kanala manj kot 6 mm. Potrebna je kirurška stabilizacija prizadetih segmentov. Po uspešni spondilodezi lahko na MR preiskavi opazimo tudi zmanjšanje panusa (2).

Zaradi osteoporoze pri RA lahko pride do kompresij posamezni vretenc torakalno in lumbalno kar rešujemo s kifoplastiko (vbrizganje cementa v telo vretenca).

Nasprotno od RA, kjer so prisotne destruktivne spremembe, pride pri ankilozirajočem spondilitisu do osifikacije sklepov in fibroznih obročev z nastankom sindezmofov, kar vodi v zatrditev hrbtenice. Kiruško zdravljenje je potrebno pri hudi fleksijski deformaciji in pri zlomih rigidne hrbtenice.

## **Operacija na zgornjem udu**

Ker je ramenski sklep obdan z mišičjem, je manjše otekanje pri RA težje prepoznati. Sinovitis sklepa povzroča bolečine, postopoma se obseg giba manjša. Vneta ovojnica okvarja tudi rotatorno manšeto. MR preiskava prikaže mehka tkiva in stanje rotatorne manšete. Če konzervativno zdravljenje ne pomaga naredimo artroskopsko sinovektomijo (3). Pri hujši okvari sklepa je potrebna artroplastika. Pri okvari rotatorne manšete vgradimo poseben tip endoproteze (4).

Tudi sinovitis komolca rešujemo v začetku z artroskopsko sinovektomijo. Pri večji okvari vgradimo endoprotezo. Na Ortopedski kliniki v Ljubljani že več kot 10 let vgrajujemo komolčno endoprotezo tipa »Kudo«. S sinovektomijo zapestja dokaj učinkovito zmanjšamo bolečino, saj odstranimo večji del vnetega tkiva iz sklepov roke in okolice tetiv. Pri nestabilnosti je potrebna artrodeza. Avtorji poročajo tudi o endoprotetiki zapestja, sami teh izkušenj nimamo.

## **Operacije na spodnjem udu**

Sinovektomija kolka pride v poštev predvsem pri mlajših in ji večkrat pridružimo tudi tenotomijo skrajšanih tetiv, a najpogosteje tenotomiramo m. iliopsoas. Artroplastika kolka je zelo uspešna operacija, zato jo pri revmatiku naredimo tudi v mlajših letih, saj tako bolnik dobi neboleč, gibljiv in stabilen sklep, kar mu močno izboljša kakovost življenja.

RA zelo pogosto prizadene kolenski sklep, zato je sinovektomija pogosta operacija. Izvajamo jo artroskopsko, če pa gre za okvare hrustanca naredimo to kot odprto operacijo. Pri otrocih se odločamo za operacijo šele po četrtem letu starosti, ker je stališče naše ortopedske klinike, da se šele takrat lahko uspešno vključijo v program rehabilitacije (1).

Pri večji flektorni kontrakturi kolena (20° ali več) in pri oslabeledosti mišic iztegovalk kolena, naredimo t.i. dorzalno kapsulotomijo in podaljšavo mišic upogibalk. Kombiniran poseg je osteotomija (suprakondilarna ali visoka

tibialna) s katero popravimo že prisotno deformacijo. Pri izrazito deformiranem sklepu se seveda odločamo za implantacijo kolenske endoproteze.

Če zgornji skočni sklep oteka in boli kljub konzervativnem zdravljenju, izvršimo artroskopsko sinovektomijo. Pri hujši okvari hrustanca se odločimo za artrodezo tega sklepa. Občasno implantiramo endoprotezo zgornjega skočnega sklepa, vendar rezultati niso vedno idealni.

Tipična deformacija sprednjega dela stopala je rigidno, široko stopalo z izgubo prečnega stopalnega loka, z otiščanci na podplatu in nad proksimalnimi interfalangealnimi sklepi ter valgusnim položajem palca. Pri taki deformaciji s plantarnim dostopom in eliptično ekscizijo kože reseciramo glavice metatarzalnih kosti, prvi metatarzofalangealni sklep pa običajno zatrdimo. S tem posegom se bolečine zmanjšajo, biomehanika hoje se izboljša, možna je večja izbira obutve in seveda je za bolnike bolj sprejemljiv tudi zunanji videz stopala (1).

## **Zaključek**

Pri vnetnih revmatskih boleznih so kirurški posegi del celotnega zdravljenja, ki je sicer predvsem konservativno. Spekter operacij je širok, uspehi različni in so odvisni od stopnje prizadetosti in poteka bolezni. Včasih so odločitve o vrsti operacije dokaj preproste in jasne (mono oz. oligoartikularna prizadetost), v primeru poliarтикуlarne oz. hujše prizadetosti pa je treba določiti prioriteto posegov. Vedno pa je bolniku, ki ima seveda svoje želje in pričakovanja, potrebno razložiti realne možnosti in uspešnost posameznih operacij.

## **Literatura:**

1. A. Tomažič. Kirurško zdravljenje revmatskega bolnika. Zdrav Vestn 1991;60:17-9.
2. Lipson SJ. The cervical spine. U: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, (ur.) Textbook of Rheumatology. W.B. Saunders Philadelphia 1997:1713-21.
3. Weinstein DM, Bucchieri JS. Arthroscopic debridement of the shoulder for osteoarthritis, Arthroscopy 2000;16;471-6.
4. Iannott S, Levine R, Matthews L. Arthroscopic management of arthritis and synovitis of the shoulder. U: McGinty JB, u. Operative arthroscopy. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003:636-58.